



Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde

O Enigma da Endometriose

Patrícia Camargos Kratka

Brasília – 2002

Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Ciências Biológicas

O Enigma da Endometriose

Patrícia Camargos Kratka

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciado em Ciências Biológicas.

Orientação: Prof. MSc. Cláudio Henrique Cerri e Silva
(FACS – UniCEUB)

Brasília – 2002

*Dedico este trabalho à Fátima, minha linda mãezinha,
que me dá todos os dias força e determinação
para vencer esta doença. Sem ela não sei se conseguiria.
Dedico também às incríveis mulheres, que como eu, lutam
contra a endometriose e, sem dúvida, é somente graças às experiência
delas que foi possível a realização deste trabalho.*

Agradeço à Deus pelo amor incondicional e pela determinação e coragem em todos os momentos dessa caminhada. Por estar sempre presente me iluminando, desde os primeiros passos, das comemorações até as frustrações.

Agradeço à minha espetacular família, minhas irmãs e meu irmão, pelas palavras de incentivo e apoio.

Agradeço aos meus maravilhosos pais. À minha mãe, Maria de Fátima Andrade Camargos, pelas sugestões e por todo amor que me impulsionam a seguir sempre em frente. Ao meu pai, Cláudio Kratka, por priorizar meus estudos e tornar possível mais esta conquista.

Agradeço aos meus verdadeiros amigos e ao meu fiel companheiro, Valter Roberto Catarina, por entenderem os momentos em que estive ausente e por estarem sempre dispostos a me ajudar.

Agradeço aos meus anjos da guarda, Dr^a Heloísa Boratto, Dr^a Valéria Tarsia Duarte e Dr^o Antônio César Paes Barbosa, pelas dicas e principalmente por cuidarem de mim.

Agradeço aos meus muitos professores que me ensinaram ao longo deste curso, em especial, ao meu professor, mestre e orientador Cláudio Henrique Cerri e Silva pelo exemplo de pessoa maravilhosa que ele é.

Acima de tudo, quero agradecer porque não é fim de nada e sim o começo de tudo.

Resumo

A endometriose é uma doença essencialmente benigna, acomete as mulheres em idade reprodutiva e está associada à atividade ovariana, mas precisamente à presença de endométrio em locais fora do útero. Endométrio é a camada interna do útero que é renovada mensalmente pela menstruação. A este tecido funcional fora de seu local natural de ocorrência dá-se o nome de tecido ectópico. Estima-se que 6 a 7 % das mulheres tenham endometriose. O principal sintoma da endometriose é a dor, às vezes muito forte, na época da menstruação. Dores para ter relações sexuais também são comuns. Mas muitas mulheres que tem endometriose não sentem nada. Apenas tem dificuldade em engravidar. Por outro lado ter endometriose não é sinônimo de infertilidade pois muitas mulheres com endometriose engravidam normalmente. Há diversas teorias que tentam explicar as causas da endometriose. Há evidências que sugerem ser uma doença genética enquanto outras sugerem ser uma doença do sistema de defesa. A verdade é que a endometriose é uma doença enigmática. O diagnóstico de suspeita da endometriose é feito através da história clínica, ultra-som endovaginal na época da menstruação, exame ginecológico, e alguns exames de laboratório. A certeza, porém, só pode ser dada através do exame anatomopatológico da lesão, ou biópsia. Esta pode ser feita através de cirurgia, laparotomia, ou, preferível, laparoscopia. Atualmente não há cura para a endometriose, no entanto, devido ao aumento do conhecimento sobre esta doença, a dor e os sintomas podem ser diminuídos, pois o fundamental é melhorar o máximo a vida da portadora de endometriose. O objetivo deste trabalho é fazer dele uma fonte de divulgação sobre tal doença, levando aos médicos e as mulheres que sofrem dessa enfermidade mais informações, que possam ajudar no sentido de melhorar a vida das pacientes.

Palavras-chave: endometriose, infertilidade, reprodução assistida, endométrio, dor pélvica.

Índice

1. Introdução -----	7
2. Impacto da Endometriose na Saúde da Mulher -----	8
3. Histórico -----	10
4. O que é Endometriose?	
4.1 Noções de Anatomia Feminina -----	11
4.2 Localizações Anatômicas -----	12
4.3 Classificação -----	13
4.4 Dados Epidemiológicos -----	15
4.5 Prováveis Causas da Endometriose -----	15
5. Sintomas -----	18
6. Diagnóstico -----	23
7. Tratamento -----	27
7.1 Tratamento Hormonal ou Clínico -----	27
7.2 Tratamento Cirúrgico Conservador -----	30
7.3 Tratamento Combinado -----	31
7.4 Tratamento Cirúrgico Radical -----	32
7.5 Reprodução Assistida -----	33
8. Considerações Finais -----	35
9. Bibliografia -----	38
10. Anexo -----	40

1. Introdução

A endometriose corresponde a um implante do endométrio fora da cavidade uterina. Ocorre mais freqüentemente nas cavidades pélvica e abdominal, acometendo o peritônio ou, mais profundamente, órgãos como o ovário, bexiga e/ou intestinos. Menos freqüentemente, pode ser encontrada em diversos outros locais do corpo humano, como o pulmão.

Os focos de tecido endometrial, localizados fora do seu *habitat* natural, continuam sendo estimulados mensalmente, pela ação hormonal do ciclo menstrual e funcionam como “corpo estranho” ao local de implantação, provocando reação inflamatória ao redor de si, causando dor no período menstrual. Com o tempo, o processo inflamatório desencadeia a formação de aderências ao redor do foco de endometriose, entre as estruturas vizinhas, dificultando a mobilidade e função da estrutura acometida, incorrendo em dor pélvica crônica e até em esterilidade.

Os pequenos focos podem crescer e se espalhar, levando a consequências variáveis, de acordo com sua localização. Nos ovários, podem produzir cistos de conteúdo sanguinolento, chamados de endometriomas ou cistos “chocolate”, pela aparência do sangue espesso coletado dentro daquele órgão. Tais cistos eventualmente atingem grandes proporções.

No peritônio, um dos principais locais de implantação, acomete mais freqüentemente os ligamentos útero-sacros, levando a sua retração. Esse fato pode determinar a tração do útero para trás, determinando a retroversão uterina, fator que colabora para a dor nas relações sexuais.

Dentre os sintomas de acometimento intestinal, pode-se citar a dor às evacuações, os sangramentos anais no período perimenstrual, com eventual obstrução do trânsito das fezes. Sua presença na bexiga pode determinar ardor ao urinar, urgência miccional ou hematúria (urina com sangue).

Em cicatrizes de cirurgias ou partos, formam nódulos (“caroços”), que podem crescer e se tornar dolorosos no período menstrual, sendo conhecidos como endometriomas de cicatrizes ou de parede abdominal.

Outros sítios mais distantes podem, com menor frequência, ser alvo da

doença. Em cada local, a sintomatologia usualmente relaciona-se com o período menstrual. Fato pouco compreendido é que a intensidade dos sintomas nem sempre se relaciona com a severidade da endometriose. Mulheres com grandes focos diagnosticados podem apresentar sintomas leves, enquanto que em outras mulheres, com mínimos implantes, a dor pode ser insuportável.

2. Impacto da Endometriose na Saúde da Mulher

A endometriose é uma doença que traz impactos sobre as mulheres de diversas maneiras, físicos ao certo, mas também psicológicos e sociais. É hoje uma doença que atinge muitas mulheres e é motivo de várias consultas ginecológicas. Apesar de todo o conhecimento médico sobre a doença, ainda existem muitas perguntas sem respostas. A maioria das mulheres nunca nem ouviram falar da endometriose, antes de chegar ao diagnóstico – que muitas vezes pode levar anos, acarretando muito sofrimento físico e desgaste emocional.

A partir do momento em que a mulher recebe o diagnóstico afirmativo de ser ela portadora de endometriose, vêm em sua mente os seguintes questionamentos: “O que é Endometriose? Eu sou a única?”. Ela se sente como se estivesse sozinha num barco em alto-mar, à deriva. As informações sobre a doença começam a chegar pelo médico e depois pela busca da própria mulher que além das dúvidas e incertezas começa a experimentar uma série de frustrações e conflitos emocionais como raiva, angústia, ansiedade, medo – sentimentos comuns em todas as pessoas que se descobrem com alguma doença crônica (Mendonça, 1998).

Além de todos os sintomas físicos que geram limitações, muitas mulheres com endometriose queixam-se de algumas alterações emocionais tais como irritabilidade, tristeza, falta de satisfação, sentimento de incapacidade, entre outras. Em grande parte, essas alterações estão relacionadas aos sintomas que experimentam e ao tempo desses sintomas. Por exemplo: uma mulher que sofre de dor crônica há 8 anos mudou muita coisa em sua vida por causa dessa dor presente dia após dia. Nos dias em que sente muita dor, falta ao trabalho, deixa de lado as tarefas domésticas e os cuidados com os familiares, deixando de fazer

coisas prazerosas como ler um livro ou conversar com a vizinha. Com o passar do tempo acaba transformando sua rotina de acordo com a presença da dor, abandonando velhos hábitos e desenvolvendo novos comportamentos. Pode ainda se afastar do convívio social, sentindo que é difícil falar com as pessoas ao seu redor sobre sua doença e sofrimento, tendo dificuldade em manter os laços afetivos. Os familiares e amigos acabam sofrendo também e sentem muita falta daquela pessoa sem dor, isto é, como ela era antes da doença. Muitas vezes não sabem como podem ajudar e acabam se afastando, pois já não conseguem entender essa mulher. Ao vivenciar essas mudanças e experimentar diversos sentimentos, a mulher pode desenvolver um quadro de depressão que se não for corretamente diagnosticado e tratado, prejudica o tratamento da endometriose e pode se agravar com o decorrer do tempo (Lorençato *et al.*, 2001).

Alguns profissionais de saúde acreditam que existe um perfil psicológico característico das mulheres com endometriose. Ainda não foi desenvolvida uma pesquisa científica que comprove esse fato, mas alguns traços de personalidade são observados freqüentemente nessas mulheres, como por exemplo, *perfeccionismo* (tudo tem que estar perfeito, sob controle e muito organizado), *auto-exigência* (se cobram demais, tudo tem que acontecer como o planejado e é difícil admitir as falhas, lidar com os próprios erros) e a *capacidade de controle e comando* (conseguem com facilidade organizar e estruturar tarefas, não enrolam em suas atividades diárias e podem até organizar a vida de pessoas em sua volta, assumindo os problemas dos outros).

Essas são algumas das características observadas que não necessariamente estão presentes em todas as portadoras de endometriose e que não se pode afirmar precisamente que estão correlacionadas com o desenvolvimento da doença, pois existem muitas mulheres com traços semelhantes que não têm endometriose (Lorençato *et al.*, 2001). É preciso enfatizar a grande utilidade do acompanhamento psicológico das portadoras de endometriose, mesmo sendo, os resultados, difíceis de mensurar cientificamente, mas são sentidos na prática clínica.

3. Histórico

Apesar da endometriose ter sido descrita há mais de um século, ainda hoje é uma enfermidade pouco conhecida. A localização ectópica de tecido endometrial foi descrita, com certa frequência, na literatura antiga, passando, no entanto, despercebida devido à variedade de nomenclaturas (Candido, 1970).

Existem registros de endometriose desde 1860. Mas somente em 1919 é que começaram a surgir as primeiras teorias que tentam explicar as causas desta doença enigmática. Ao longo desses anos, tem fascinado investigadores na busca de sua etiologia, bem como na tentativa de melhor entender a sua história natural. O número de publicações na literatura mundial tem crescido bastante nas últimas décadas, particularmente a partir de 1980, quando surgiram as teorias da participação do sistema imunológico na gênese do processo. Todavia, apesar desses avanços, as causas da endometriose permanecem duvidosas e pouco conhecidas.

Os dados referentes a esta doença estão crescendo cada vez mais, à medida que se expande o conhecimento sobre ela e também devido a mudança do perfil reprodutivo da mulher nos últimos anos. Por ser uma doença que acomete mulheres em idade reprodutiva, está diretamente ligada ao número de gestações que a mulher tem ao longo da vida. É fato que, a mulher de hoje engravida mais tarde e tem menos filhos, comparada com as mulheres de antigamente. Enquanto que as mulheres no começo do século XX menstruavam em média 40 vezes na vida, por passar grande parte do tempo grávidas ou amamentando, as mulheres de hoje menstruam até 400 vezes, levando-se em conta também que a expectativa de vida aumentou. Tal fator contribui para o crescimento dos casos de endometriose e pode-se dizer que se trata de uma doença da mulher moderna.

4. O que é endometriose?

4.1 Noções de Anatomia Feminina

O aparelho genital feminino é constituído de órgãos genitais externos e internos. O externo é composto pela vulva mas não é alvo deste estudo. Os órgãos genitais internos compreendem a vagina, útero e seus ligamentos (sendo o mais importante, o ligamento útero-sacro), tuba uterina e ovários (fig. 1). Esses órgãos estão localizados em uma região que recebe o nome de pelve, mais precisamente, entre a bexiga e o reto. Todos eles são revestidos pelo peritônio.

O útero é dividido em corpo e colo, sendo que o primeiro é constituído de três camadas: perimísio (externamente), miométrio (a mais espessa; camada muscular) e endométrio (alvo deste estudo).

O endométrio é uma camada de tecido que reveste a cavidade uterina e é preparado, todo mês, durante o ciclo menstrual, através da ação de dois hormônios ovarianos – estrogênio e progesterona – para receber o ovo, caso haja fecundação. Se isso não ocorrer, o endométrio se descama e se exterioriza na forma de sangramento vaginal, ou seja, a menstruação. Após este evento, o ciclo recomeça e o endométrio começa a crescer novamente.

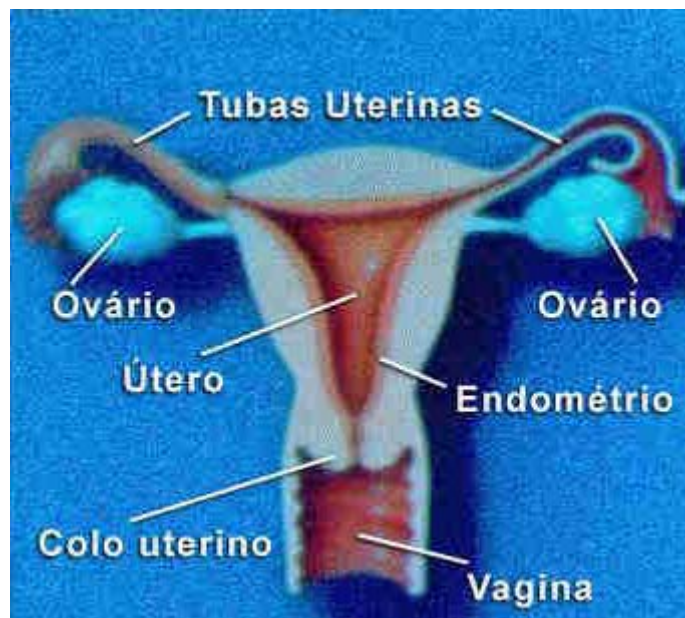


Figura 1. Anatomia da pelve feminina (Fonte: Abrão & Melo, 1998)

4.2 Localizações Anatômicas

A endometriose pode apresentar-se de duas formas: interna e externa. A interna é quando ocorre dentro do útero mas está presente no tecido muscular deste órgão. Neste caso, recebe o nome de *Adenomiose* ou endometriose uterina. A externa ou extra-uterina é quando ocorre fora do útero. Os locais mais comuns da endometriose extra-uterina são: fundo de Saco de Douglas (atrás do útero), septo reto-vaginal (tecido entre a vagina e o reto), tubas uterinas, ovários, superfície do reto, ligamentos do útero, bexiga, e parede da pélvis (fig. 2).

As lesões endometrióticas podem se apresentar sob os mais variados aspectos sendo definidas como típicas, quando tem o aspecto tradicional de lesões escuras (com sangue no seu interior) ou atípicas (brancas , placas , "chama de vela" , hipervascularização) (Lopes, 1998).

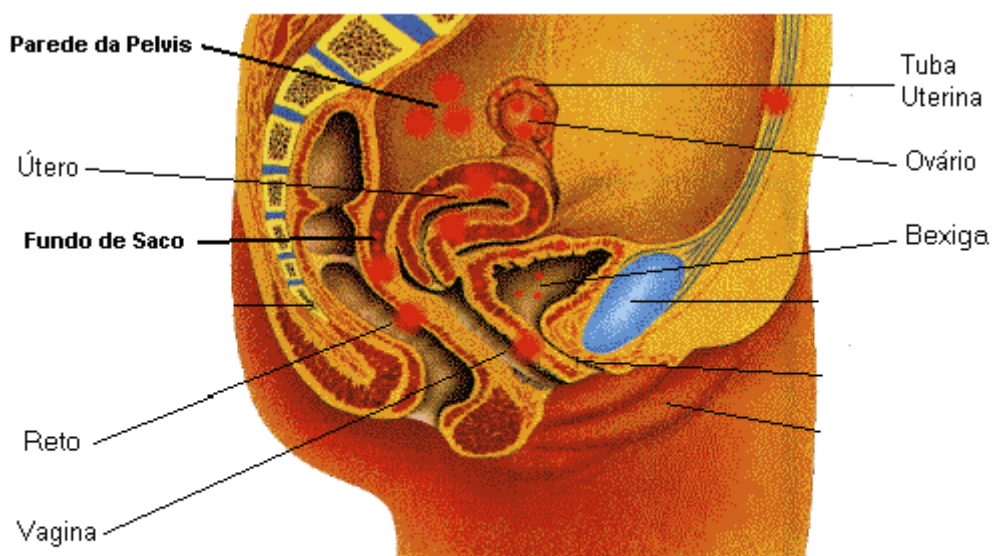


Figura 2. Locais de implante do endometrioma (Fonte: Ramos, 2002)

4.3 Classificação

É difícil estabelecer a classificação da endometriose, até porque, pouco se sabe sobre ela. Avanços significativos foram alcançados nos últimos anos, mas ainda há muitas dúvidas. Para fins didáticos, a endometriose foi classificada em graus. É, na realidade, a forma que os médicos têm para trocar informações entre eles sobre esta doença. Na prática verificou-se que estes graus não refletem obrigatoriamente a gravidade da doença ou suas chances de tratamento. Muitas vezes uma endometriose leve é pior, em termos de fertilidade e sintomas, que uma grave.

Foram propostas muitas formas de classificar os variados graus de endometriose. Em 1978 a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva reuniu vários especialistas e propôs uma classificação em sistema de pontos. Em 1985 esta classificação foi revisada e tem sido a mais adotada em todo mundo apesar dos recentes avanços (Lenci, 1998).

Estes pontos são distribuídos arbitrariamente e, à medida que o conhecimento sobre a doença aumenta, pode necessitar de revisão ou aperfeiçoamento. Recomenda-se que seja feita uma inspeção, em um único sentido, horário ou anti-horário, para assegurar uma avaliação completa do abdômen, anotando-se o número, o tamanho e a localização dos implantes endometrióticos, dos endometriomas ou das aderências (Lenci, 1998). Então, cada um, dependendo do seu tamanho e localização, recebe uma pontuação definida e sua classificação. Por exemplo:

de 1 a 5 pontos é mínima (Grau I) (fig. 3);

de 6 a 15 pontos é leve (Grau II) (fig. 4);

de 16 a 40 pontos é moderada (Grau III) (fig. 5);

mais de 40 pontos é severa (Grau IV) (fig. 6).

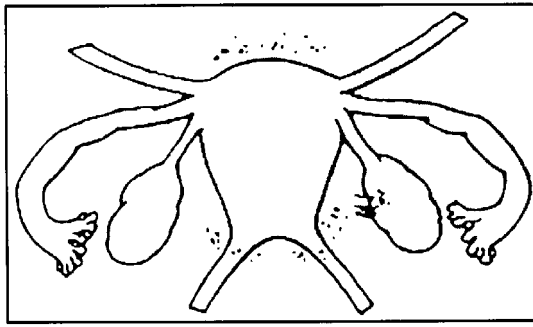


Figura 3 . Endometriose Grau I (Mínima)

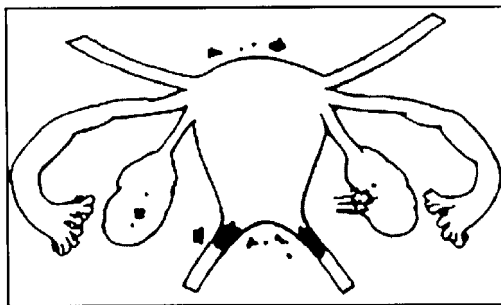


Figura 4. Endometriose Grau II (Leve)

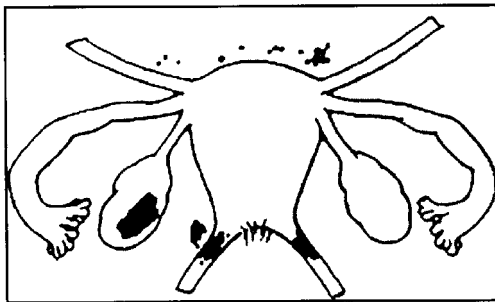


Figura 5. Endometriose Grau III (Moderada)

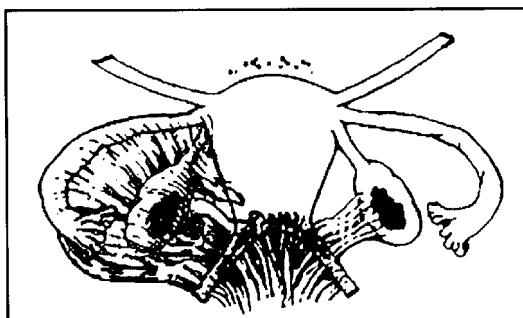


Figura 6. Endometriose Grau IV (Severa)

(Fonte: Abdelmassih, 2000)

4.4 Dados Epidemiológicos

A endometriose apresenta informações epidemiológicas peculiares, quando comparada a outras doenças. Um estudo recente, realizado no Ambulatório de Endometriose da Clínica Ginecológica do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 180 portadoras da doença, a idade média foi 32 anos, havendo predominância da raça branca e de mulheres em grau maior de escolaridade (Abrão & Melo, 1998).

Os dados da história clínica apontam as seguintes características das pacientes de endometriose: *idade* – por volta dos 30 anos; *fator hereditário* – 7% das filhas, 6% das irmãs, 8% das mães; *antecedentes cirúrgicos* – cistos de ovário; *perfil psicológico e personalidade* – mulheres magras, ansiosas e submetidas a “stress” psíquico, elevado coeficiente intelectual, perfeccionistas e egocêntricas; *sintomatologia típica* – dismenorréia (60% dos casos), dor pré-menstrual, dispaurenia profunda (20% dos casos); *sintomas vagais* – náuseas, vômitos e diarreias; *infertilidade* – ocorre em mais de 5% dos casais, especialmente se há envolvimento ovariano. A prevalência de endometriose em pacientes inférteis varia de 30 – 40% dos casos (Abdelmassih, 2000).

4.5 Prováveis Causas da Endometriose

Várias teorias tentam explicar as causas da endometriose, sem, contudo, elucidar efetivamente a etiologia do processo. As diversas teorias existentes não conseguem explicar todos os casos e todas as localizações, o que torna a endometriose uma doença enigmática. Talvez a associação de duas ou mais teorias consiga explicá-la melhor.

- ❖ **Restos embrionários:** foi a primeira delas, descrita por Russel, em 1899 (Abrão & Melo, 1998). Baseou-se na suposição de que células de origem mülleriana (remanescentes do período embrionário da mulher) poderiam

apresentar potencial para desenvolver tecido endometrial fora de seu sítio original. Contudo, não houve sustentação científica definitiva, pela distribuição anatômica divergente e pela restrição da doença ao período reprodutivo das mulheres.

- ❖ **Metaplasia celômica:** relatada em 1919, por Meyer, representou a primeira teoria completa sobre a formação da endometriose. Tal autor justificou a doença por possível transformação do peritônio pélvico em tecido endometrial, levando à formação de focos de endometriose. Hoje essa teoria é pouco aceita, por não explicar a presença de endometriose em locais onde não exista peritônio (Abrão & Melo, 1998).
- ❖ **Menstruação retrógrada:** representa uma das principais explicações para o desenvolvimento da doença. Foi descrita por Sampson, em 1921, que concluiu que haveria, durante a menstruação, “regurgitação” tubária de células endometriais (Abrão & Melo, 1998), ou seja, apesar do endométrio ser expulso do útero, em grande parte, pela vagina, uma mínima quantidade poderia alcançar a cavidade pélvica, através das tubas uterinas, sem obstrução. Uma das justificativas para a credibilidade dessa teoria é o fato de que a doença apresenta maior acometimento dos ovários e ligamentos útero-sacos, coincidentes com a desembocadura das tubas uterinas. Algumas experiências realizadas com macacas, que tiveram o tecido endometrial implantado na região pélvica, mostraram que esta teoria pode explicar o desenvolvimento da endometriose já que, as macacas estudadas, desenvolveram a doença (Lopes, 1998). Por outro lado, o fato de que há registros de endometriose em homens submetidos a tratamentos com estrógenos, o fato de que 90% das mulheres com tubas normais apresentarem menstruação retrógrada e a maioria delas não desenvolver endometriose, além da possibilidade do encontro da doença em outros lugares alheios a esse mecanismo, fizeram com que surgissem outras hipóteses.

- ❖ **Disseminação linfática e hematogênica:** sugerida pela primeira vez por Halban, em 1935, procurou justificar o encontro da doença em lugares distantes. Baseou-se no achado de tecido endometrial microscópico em vasos linfáticos e linfonodos. Posteriormente, Sampson, em 1927, relatou a via sanguínea para o transporte de tecido endometrial. A carência de maiores estudos impediu que essa teoria tivesse maior destaque (Abrão & Melo, 1998).
- ❖ **Disseminação iatrogênica:** freqüentemente, observa-se endometriose em cicatrizes de cirurgias prévias, como as abdominais ou partos. Baseado nesse fato, Greenhill, em 1942, sugeriu a possibilidade de que fragmentos endometriais poderiam ali permanecer, desencadeados pelo procedimento cirúrgico (Abrão & Melo, 1998).
- ❖ **Imunológica:** a mais moderna e de fundamental importância. Estudos recentes relacionaram endometriose às alterações específicas da imunidade celular, que constitui parte do sistema de proteção do organismo humano. O fato de que apenas 10% de todas as mulheres com menstruação retrógrada desenvolviam endometriose contribuiu para a busca desse fator. Dmowski, em 1981, postulou que a deficiência na imunidade celular ou a incapacidade de reconhecer o tecido endometrial implantado fora do útero poderiam ser responsáveis pelo desenvolvimento da doença (Abrão & Melo, 1998). A participação do sistema imunológico na endometriose é clara, mas o mecanismo real desse processo permanece obscuro. Sabe-se que a endometriose é mais frequente em pacientes com doenças de natureza imunológica, como por exemplo, o Lupus Eritematoso Sistêmico.
- ❖ **Fatores familiar e genético:** apesar da dificuldade no diagnóstico de endometriose em gerações anteriores, pela não-disponibilidade, na época, dos métodos atuais, vários autores propuseram a influência familiar na gênese da doença. Malinaak, em 1980, mostrou que a presença de endometriose em parentes de primeiro grau está associada à maior gravidade

do processo. Contudo, nenhuma relação com herança genética é descrita (Abrão & Melo, 1998). Grandes avanços foram obtidos, nas últimas décadas, sobre a endometriose. Todavia, novos estudos ainda são necessários para a elucidação completa dessa moléstia, com benefícios no controle da sua progressão. Esse fato será de grande importância, pois, apesar dessa moléstia não possuir potencial de malignidade, como o câncer, a endometriose tende a progredir e prejudicar a qualidade de vida das pacientes.

5. Sintomas

O quadro clínico da mulher que apresenta endometriose é muito variado e depende de vários fatores, alguns ainda pouco esclarecidos. E ainda, mulheres sem nenhum sintoma podem ser portadoras de endometriose (25-30% dos casos diagnosticados de endometriose são em pacientes assintomáticas – Abrão & Melo, 1998). Por outro lado, mulheres portadoras de endometriose com extensão pequena da doença apresentam sintomas importantíssimos.

Os sintomas podem ou não estar relacionados ao período em que a mulher está tendo o fluxo menstrual, podem aparecer todo mês ou serem imprevisíveis. Variam de vagos a específicos, moderados a acentuados, intermitentes a contínuos. Podem, tanto desaparecer por um certo tempo e depois voltar espontaneamente, quanto ser estáveis por longos períodos. Os sintomas possuem relação com as localizações anatômicas dos cistos e podem se apresentar em várias associações.

Pelve: é a localização mais frequente. Pode acometer o peritônio pélvico (membrana que recobre todos os órgãos intra-abdominais), tuba uterina, fundo de saco pélvico, ovários, superfície uterina, ligamentos útero-sacro, etc. Basicamente, toda superfície recoberta por peritônio pode receber os implantes de endometriose. O envolvimento do ovário pode ser superficial ou na profundidade do tecido ovariano, formando cistos chamados de endometriomas. É importante lembrar que

existem outras causas de cistos ovarianos e de massas císticas na pelve. Os sintomas clássicos no acometimento pélvico são dismenorréia, dispareunia e a dor pélvica não relacionada estritamente ao período menstrual. Nos estudos das mulheres com dor pélvica com ou sem dismenorréia, os resultados mostram que somente 12 a 32% apresentam endometriose, ou seja, existem muitas outras causas que justificam esses sintomas, que não só a endometriose (Tognotti & Loyelo, 1998). Nos casos de endometriomas, pode, muito raramente, ocorrer ruptura desses cistos para dentro da pelve. Nesse caso, a dor pélvica é muito importante, súbita e, geralmente, precisa de tratamento cirúrgico de urgência.

Sistema gastrointestinal: das mulheres portadoras de endometriose, 37% apresentam envolvimento do trato gastrointestinal, mais freqüentemente nas mulheres mais jovens (Tognotti & Loyelo, 1998). As lesões endometriais podem ser encontradas mais comumente em septo reto-vaginal, retossigmóide, apêndice e cólon. Raramente acomete estômago, pâncreas e canal anal. A sintomatologia no comprometimento gastrointestinal também é bastante variável e sem relação direta com as lesões orgânicas encontradas. Os sintomas podem ser dor à evacuação, diarreia, constipação e sangramento à evacuação. Normalmente, aparecem nos dias de fluxo menstrual ou ficam mais intensos nesses dias.

Sistema urinário: o comprometimento do trato urinário é extremamente raro, ocorrendo em aproximadamente 1% das mulheres portadoras de endometriose (Tognotti & Loyelo, 1998). Os implantes podem se desenvolver na bexiga, nos ureteres, nos rins ou na uretra. Os sintomas são ainda mais raros, o que leva a um diagnóstico tardio e, raramente, até a lesões obstrutivas das vias urinárias por causa das lesões fibróticas. A mulher portadora de endometriose das vias urinárias pode apresentar sangramento na urina, dor para urinar e, também, sensação de necessidade urgente de urinar. Esses sintomas costumam aparecer no período de fluxo menstrual ou, às vezes, fora dele.

Sistema respiratório: são mais raros ainda os casos de mulheres com endometriose que apresentam implantes na cavidade torácica (nos pulmões, na

pleura, no diafragma). Nesses casos, são comumente encontrados do lado direito do tórax. Os sintomas são dor torácica ou na região escapular (parte posterior do ombro). Podem aparecer porções líquidas na cavidade torácica, assim como na cavidade pélvica. É necessário lembrar que esses sintomas de localização mais rara da endometriose, geralmente, devem-se a outras patologias mais comuns desses órgãos, e não necessariamente à endometriose..

Outras localizações: são locais de acometimento mais raros: pele, músculos, mucosa nasal, região inguinal, cérebro, coração, região perineal e vulva. Existem pouquíssimos casos de homens com endometriose após uso do hormônio estrogênio. Os casos mais comuns são de nódulos na pele, geralmente em locais de cicatrizes (frequentemente, de parto normal ou cesariana). Nesses casos, essas nodulações costumam aumentar de volume e apresentar dor nos dias de fluxo menstrual.

Os sintomas mais frequentes da mulher portadora de endometriose são:

Dismenorréia

É a dor pélvica relacionada ao período de fluxo menstrual. As dores são descritas como cólica ou peso na região mais baixa do abdômen, na pelve ou na região lombar (parte inferior das costas), localizadas ou difusas, podendo piorar ao urinar ou ao evacuar. Náuseas, vômitos, cólicas intestinais, diarreia e constipação costumam acompanhar a dismenorréia.

A dor pélvica característica começa alguns dias antes da menstruação, mantém-se durante os dias de fluxo menstrual e pode-se estender por alguns dias após a menstruação. Com o passar dos meses, normalmente, há aumento da intensidade e da duração das dores. Geralmente, essa dor aparece no decorrer da vida reprodutiva da mulher, e não nos primeiros ciclos menstruais.

Os mecanismos pelos quais os implantes de endometriose causam dor pélvica não são totalmente esclarecidos. Sabe-se que o tecido endometrial dos implantes (como o localizado na cavidade uterina) produz prostaglandinas, que estão relacionadas às contrações uterinas que causam dor. Nas mulheres

portadoras de endometriose, a produção de prostaglandinas seria maior. Esses implantes também podem causar irritação no peritônio, pelo sangramento que produzem. Estes e as áreas císticas podem aumentar de tamanho, o que causaria aumento da pressão abdominal. A distorção da anatomia normal da pelve pelas lesões fibróticas e aderências também pode causar dor. A dismenorréia aparece em mais de 50% das portadoras de endometriose (Tognotti & Loyelo, 1998).

Dispareunia

É a dor pélvica relacionada à relação sexual. Também é variável e imprevisível. A dispareunia pode ter efeitos devastadores no relacionamento do casal, pois é desgastante emocionalmente e, ainda, é um tema sobre o qual os casais têm dificuldade de conversar entre si ou com seu médico ou médica.

Associa-se, freqüentemente, a implantes em fundo de saco, ligamentos útero-sacro, septo reto vaginal, ovários, vagina e colo uterino. Essas localizações são próximas à região do fundo da vagina, o que explicaria, em parte, a dispareunia.

A extensão do acometimento anatômico também não está relacionada diretamente à intensidade da dor. Pode variar de um leve desconforto após a relação a uma impossibilidade de manter a relação sexual, devido à intensidade dolorosa. Ocorre, geralmente, nos dias próximos ao fluxo menstrual. A dispareunia ocorre em 12 a 55% das mulheres portadoras de endometriose, segundo vários estudos (Tognotti & Loyelo, 1998).

Esterilidade

É a dificuldade de engravidar. Existem muitas discussões sobre a associação da endometriose com esterilidade, visto que várias mulheres com endometriose conseguem engravidar espontaneamente. Por outro lado, parece que há um número maior de mulheres portadoras de endometriose entre as mulheres inférteis do que entre a população em geral. Também não é consenso nos estudos o fato da portadora de endometriose ter um risco maior de abortamento (Asch *et al.*, 1985).

Irregularidade menstrual

Trata-se de sangramento uterino que se exterioriza pela vagina como na menstruação, mas em intervalos irregulares do ciclo menstrual, ou variações na quantidade do fluxo menstrual. Esses sintomas aparecem em 18 a 25% das mulheres portadoras de endometriose, mas também podem estar relacionados a outras patologias associadas a esta doença (Tognotti & Loyelo, 1998). O sintoma mais freqüente é o sangramento vaginal em pequena quantidade nos dias que antecedem a menstruação.

Todos esses sintomas descritos são bastante variáveis em intensidade, freqüência, duração e continuidade. A maioria das mulheres que apresentam esses sintomas não apresentam endometriose. É importante uma avaliação médica cuidadosa e sensata para beneficiar as mulheres portadoras de endometriose e não prejudicar as que não apresentam essa doença.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi realizado um levantamento em 180 pacientes atendidas, que tinham endometriose. Na tab.1 está o resultado do levantamento das queixas das pacientes, isto é, dos sintomas. A primeira coluna, sobre a queixa principal, ou seja, o sintoma que mais incomoda cada mulher, traz a porcentagem em que cada um dos sintomas foi o mais importante para as pacientes atendidas. Essas mesmas mulheres apresentavam, também, outras queixas, outros sintomas além daquele mais importante. A segunda coluna mostra a porcentagem em que cada sintoma aparecia como queixa, quando se consideravam todas as queixas da paciente (da menos importante à mais importante).

Tabela 1. Queixas das pacientes de endometriose estudadas

	Queixa Principal (%)	Queixas totais (%)
Dismenorréia	45,6	85,6
Dor pélvica crônica	21,7	55,2
Esterilidade	18,3	46,6
Dispaurenia	2,8	35,2
Irregularidade menstrual	5,6	28,8
Alterações intestinais cíclicas	5	15,2
Alterações urinárias cíclicas	1,1	6,4

Fonte: Abrão & Melo, 1998

Vale a pena ressaltar que esses mesmos sintomas, com muita frequência, aparecem em mulheres que não têm endometriose, podem ser causados por outras patologias que necessitam, também, ser investigadas.

6. Diagnóstico

O diagnóstico da endometriose, de modo grosseiro, inicia-se pela suspeita clínica, passa pela cirurgia e chega, por último, a se confirmar pelo exame anatomopatológico da lesão ou biópsia. Os exames laboratoriais, ultrassonográficos e radiológicos são importantes para o raciocínio clínico do médico. Porém, a endometriose só pode ser confirmada por meio da observação direta, através de videolaparoscopia ou de uma laparotomia.

Diagnóstico clínico

Começa-se investigando as queixas da paciente, sendo que, a mais freqüente é a dor pélvica, que não tem idade para aparecer e está, no início, diretamente relacionada ao período menstrual. Com o passar do tempo a dor torna-se cada vez mais freqüente e irregular podendo aumentar sua intensidade ou não. Um outro tipo de dor pode ser reclamada também que é aquela relacionada com as relações sexuais, mas somente em pacientes que apresentam focos de

endometriose no fundo-de-saco posterior. A presença de aderências também leva a paciente a se queixar de dor durante o ato sexual.

A dor pélvica é o principal sintoma da endometriose. Nos Estados Unidos, ela é responsável por 10% das consultas ginecológicas, 20% das laparoscopias investigativas e 12% das histerectomias (Lopes, 1998).

Vale lembrar que nem sempre a existência da dor pélvica tem como causa esta doença. Por isso, deve ficar claro que o diagnóstico clínico não pode ser conclusivo, sendo apenas parte do processo de investigação da doença.

Diagnóstico laboratorial

Oferece poucos subsídios para se confirmar a doença, porém os exames são úteis para descartar ou confirmar outras possíveis doenças que também apresentam dor pélvica como principal sintoma. Por exemplo, os exames de urina e fezes podem ajudar a identificar infecções e/ou cálculos urinários ou verminoses, respectivamente. E ainda, diante de uma paciente com diabetes, é necessário investigar a glicemia; em uma hipertensa, a função renal; na hipertiroidia, a função tireoidiana, e assim por diante.

Diagnóstico ultra-sonográfico

A ultra-sonografia é uma grande conquista da medicina moderna. Seu uso disseminou-se rapidamente por todas especialidades, sendo que na ginecologia é cada vez mais usada, tanto para diagnósticos como para tratamentos, pois os diagnósticos por imagens são bastante eficazes e não-invasivos. Porém, na endometriose, o diagnóstico só é preciso nos casos bem avançados uma vez que pequenos implantes de células endometriais no peritônio ou no próprio ovário, são de difícil visualização ultra-sonográfica. Apesar desta dificuldade de visualização, é cada mais freqüente, nos relatórios de exames ultra-sonográfico, a presença de endometriose como uma das hipóteses diagnósticas.

O uso mais freqüente da ultra-sonografia no caso de endometriose está voltada para o controle da doença já diagnosticada e para o tratamento clínico. Pelo fato da endometriose ser progressiva, a formação de cistos ovarianos indica ou uma má resposta ao tratamento clínico ou uma piora da doença. A ultra-

sonografia transvaginal tem sido a preferida, pois as informações que oferecem são mais completas do que as obtidas a partir da abdominal.

Mais recentemente, a dopplerfluxometria colorida tem-se somado à ultrasonografia, pois trata-se de um exame muito útil, que inclui um estudo da circulação arterial e venosa, em cores. Seu uso tem sido de grande valia, na medida que possibilita a diferenciação de cistos ovarianos quanto à sua natureza: serosos, mucinosos, corpos lúteos, teratomas ou mesmo tumores ovarianos malignos.

Diagnóstico videolaparoscópico

A videolaparoscopia praticamente revolucionou a história da endometriose, sendo considerada a única maneira para se chegar a um diagnóstico completo e seguro. Embora seja um método invasivo, a videolaparoscopia permite o exame direto das lesões sob suspeita e, ainda, a retirada de fragmentos teciduais para estudo anatomopatológico.

A videolaparoscopia é realizada em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou peridural. Consiste basicamente em fazer uma incisão de 1 cm dentro do umbigo ou próximo a ele, através da qual se introduz uma ótica de 10 mm de diâmetro, acoplada a uma endocâmara, que projeta imagem em um monitor de televisão. A vantagem deste procedimento é a possibilidade de realização do tratamento cirúrgico no mesmo momento do diagnóstico e pode ser realizado várias vezes numa mesma paciente, recebendo o nome de repetição ou *second look*. Por causa deste importante avanço da cirurgia ginecológica, a laparotomia (abertura da cavidade abdominal através de grandes incisões) está totalmente descartada como método de diagnóstico da endometriose, para o bem estar de milhares de mulheres portadoras dessa doença. É evidente que, em situações especiais, pode-se fazer uso desta técnica, como por exemplo, nos casos graves com opção de retirada do útero e anexos, ou quando o quadro aderencial é muito importante e de abordagem impossível pela laparoscopia, ou ainda, quando há envolvimento importante de outros órgãos, tais como alças intestinais, ureteres e etc.

Está sendo testado uma nova técnica cirúrgica que é chamada de microlaparoscopia, que, por utilizar uma ótica de tamanho reduzido (3 mm), pode ser utilizada com anestesia local e pode ser dispensado internação hospitalar e procedimentos anestésicos.

Marcadores biológicos ou plasmáticos

Consiste basicamente em pesquisar algumas substâncias presentes no sangue circulante e que se apresentam com dosagem aumentada na endometriose. Como exemplo pode-se citar a proteína placentária 14 (PP14). As pesquisas mostram um aumento considerável desta substância em portadoras de endometriose. Também vale ser destacado o CA-125, uma glicoproteína de alto peso molecular existente no organismo humano e que pode aumentar em algumas situações – a endometriose é uma delas. Porém pode apresentar falhas no caso de pacientes que tenham outros tipos de tumores que não seja a endometriose. O CA-125 também é um auxílio no seguimento de pacientes em tratamentos. Uma vez diagnosticada a doença, a dosagem deste marcador tende a diminuir se a medicação adotada pelo médico for a mais correta para aquela paciente e se está trazendo resultados satisfatórios. Neste caso, a melhor época para a coleta do sangue são os três primeiros dias do ciclo menstrual (Associação Paulista de Medicina, 1997).

Outra linha de pesquisa que está crescendo é a dosagem de anticorpos anti-endometriais. Esta prática baseia-se na lógica de que haveria, nas pacientes com endometriose, uma produção aumentada desses anticorpos, pois, não sendo a pelve o local normal de presença do tecido endometrial, haveria a produção de anticorpos nessas pacientes.

As pesquisas estão aumentando cada vez mais nesta área. Porém o custo é elevado e a falta de dados concretos impedem o uso desta ferramenta no diagnóstico da endometriose. Por ser um meio de diagnóstico menos invasivo, trata-se de uma área que deve ser pesquisada com seriedade. A pesquisa científica por um marcador específico é importante para que, apenas com uma dosagem sanguínea, possa-se diagnosticar essa doença, que até agora, tem exigido procedimentos operatórios.

7. Tratamento

Ao longo dos anos, vários tratamentos têm sido propostos para a endometriose. Essa diversidade de propostas terapêuticas deve-se, certamente, ao fato de que ainda não se tem claro o que causa esta doença.

Embora várias teorias tentem explicar a origem da endometriose, o que se tem claro é que o tecido endometrial ectópico realiza seu processo de atividade, invadindo os tecidos, provocando um processo inflamatório local, o que origina a dor, e a cicatrização nesse local pode afetar a fertilidade.

Ao escolher um tratamento para sua paciente, o médico deve levar em consideração qual é o objetivo do tratamento: aliviar a dor e outros sintomas relacionados à endometriose; bloquear a progressão da doença; restaurar a fertilidade nas pacientes que desejam gestar ou preservar a função reprodutiva nas que ainda não querem engravidar.

Existem várias formas de tratamento; a escolha vai depender de uma série de fatores relacionados à paciente, como idade, extensão da doença, o desejo ou não de engravidar e a intensidade dos sintomas. Também é importante considerar fatores ligados às diferentes opções terapêuticas, como eficácia, custo da medicação, segurança e efeitos colaterais, contra-indicações e forma de administração.

7.1 Tratamento Hormonal ou Clínico

Os tratamentos hormonais baseiam-se em alguns conceitos bem diferentes; uns tentam promover um estado de pseudogestação, outros buscam criar um estado hormonal estável, enquanto outros, visam a criar um estado de castração hormonal (pseudomenopausa). A observação de que a gestação está associada a uma melhora da endometriose, assim como o fato de a endometriose ser rara em mulheres que tiveram muitos filhos e mais freqüente em mulheres sem filhos, levou à tentativa de se tratar essa enfermidade com estrogênio e progesterona. Desta forma, cria-se uma situação na qual, após um estímulo endometrial, tende a

ocorrer uma atrofia do endométrio ectópico. Isso pode ser perfeitamente identificado quando se utilizam os anticoncepcionais orais (pílula anticoncepcional), pois essa medicação provoca, inicialmente, um pequeno estímulo sobre o foco de endométrio ectópico, mas, em pouco tempo, o mesmo torna-se atrófico. O uso desse tipo de medicação ocasiona um estado hormonal semelhante ao de uma gestação. Haveria, então, uma atrofia gradual dos tecidos endometrióticos.

O uso contínuo dos progestágenos também leva a um estado gradual de atrofia da endometriose (situação semelhante à que se consegue com a pílula). O acetato de medroxiprogesterona é uma das drogas mais usadas (embora existam outras com efeitos semelhantes), por ser um produto barato e de fácil administração. Pode ser administrada por injeções ou por via oral, durante seis meses. Observa-se a ocorrência de sangramentos ocasionais (efeito colateral mais frequente), náuseas, dores nos seios, aumento de peso, retenção de líquidos e depressão. Também tem sido proposto o uso combinado de anticoncepcionais e progestagênios, de forma contínua, por seis meses.

As drogas que visam criar um estado hormonal estável levariam a uma redução dos hormônios que podem estimular os focos de endometriose, levando à atrofia gradual dos mesmos. Entre essas drogas estão a gestrinona, o danazol e, menos usados, os androgênios.

A gestrinona, uma das mais usadas, age diminuindo a atividade hormonal do ovário e, também, ocupando o local onde agem os hormônios, impedindo, dessa forma, a chegada deles no foco de endometriose. Normalmente, é usada uma dose de 5 a 10 mg por semana, durante seis meses, com resultados satisfatórios, tendo alguns estudos científicos demonstrado melhora da dor em mais de 90% dos casos. Apresenta efeitos colaterais não muito chamativos; no entanto, não raro podemos ver aumento de peso, aumento da oleosidade da pele, acne, crescimento de pêlos, queda de cabelos e modificação dos lípides (Petracco *et al.*, 1998).

O danazol tem sido usado no tratamento da endometriose desde 1976. Determina a diminuição na produção dos hormônios que estimulam a função ovariana, diminuindo, dessa forma, os hormônios responsáveis pelo crescimento

da endometriose, ocasionando atrofia do endométrio e dos implantes endometriais ectópicos. Tem como efeitos colaterais aumento de peso, acne, aumento de pêlos, diminuição das mamas, ondas de calor, mudanças do humor e piora do colesterol. Normalmente, usam-se 400 a 800 mg por dia, durante seis meses (Petracco *et al.*, 1998).

Esses medicamentos devem produzir amenorréia (ausência de menstruação) para que causem atrofia endometrial e promovam, conseqüentemente, melhora da doença com menor risco de progressão da mesma. Caso não se obtenha a amenorréia, o sucesso terapêutico poderá estar comprometido.

Os análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas são os mais recentes avanços na terapêutica medicamentosa da endometriose. Esses hormônios causam uma redução dos hormônios, que, saindo da hipófise, têm a função de estimular os ovários. Dessa forma, os ovários param de funcionar, determinando um estado hormonal muito semelhante ao da menopausa, o que dá-se o nome de pseudomenopausa. Com isso, cessa qualquer estímulo sobre os focos de endometriose, que tendem a regressão e atrofia.

As vias de administração desses hormônios são a nasal, a subcutânea e a intramuscular. Por via nasal, devem ser administrados três vezes ao dia, porque a substância tem uma curta duração na circulação. Pela via subcutânea, há uma absorção mais rápida e eficaz, mas precisa ser administrado uma a duas vezes ao dia, o que torna inconveniente seu uso de forma prolongada. A terceira opção é o uso intramuscular ou subcutâneo, sob forma de depósito. Com essas preparações, a absorção é lenta e gradativa, proporcionando um longo efeito, com comodidade e eficácia, bastando uma aplicação mensal.

O tratamento com os agonistas é muito efetivo nos casos graves de endometriose que não responderam a outros esquemas terapêuticos ou, ainda, nos casos em que se pretenda preparar a paciente para a terapêutica cirúrgica.

Os efeitos colaterais estão relacionados à própria diminuição do estrogênio, determinando sintomas semelhantes aos da menopausa, como ondas de calor, atrofia vaginal e outros. Esses sintomas são tão mais acentuados quanto maior for o tempo de tratamento. Mudanças muito discretas verificam-se na coagulação

sanguínea e nos lipídios. Se o tratamento for muito prolongado, poderá favorecer a perda de massa óssea e levar à osteoporose.

7.2 Tratamento Cirúrgico Conservador

O tratamento hormonal não é suficiente para dissolver os focos de endometriose, especialmente os focos profundos e a endometriose localizada nos ovários. O tratamento cirúrgico tem uma importância fundamental, na medida em que realiza a retirada dessas lesões, diminuindo a possibilidade de recorrência.

O tratamento cirúrgico pode ser feito com laparotomia ou laparoscopia (ou videolaparoscopia). Os implantes de endometriose são destruídos por coagulação a laser, vaporização de alta frequência, ou bisturi elétrico. A decisão cirúrgica é importante. A maior parte dos sucessos terapêuticos ocorrem após uma primeira cirurgia bem planejada. Cirurgias repetidas são desaconselhadas pois aumentam a chance de aderências peritoniais tão prejudiciais como a própria doença.

No passado, o tratamento cirúrgico era feito exclusivamente por laparotomia (abertura do abdômen), sem se ter um diagnóstico preciso da doença, além de não se saber o grau de acometimento, sendo que, mesmo nos casos de endometriose leve e moderada, submetia-se a paciente a esse tipo de abordagem, acarretando maior tempo de permanência hospitalar e de recuperação. Após a introdução da laparoscopia, nos anos 60, várias cirurgias tornaram-se passíveis de serem realizadas por esse método, inclusive a cirurgia de endometriose.

A laparoscopia é um procedimento operatório de exame e manipulação da cavidade abdominal que deve ser realizado com os mesmos rigores da cirurgia convencional. Geralmente é realizado com anestesia geral. Trata-se de uma via de acesso a cavidade abdominal através de pequenas incisões; basicamente são três as incisões utilizadas para a laparoscopia: a intra-umbilical, de 1,0 cm, e duas laterais, de 0,5 a 1,0 cm. As imagens captadas no interior do abdômen são projetadas para um monitor de televisão com um aumento em média de 6 a 8 vezes, o que torna o reconhecimento da endometriose muito mais fácil. As vantagens de se substituir a laparotomia pela laparoscopia no tratamento da endometriose são, além de diagnósticos mais precisos e tratamentos menos

agressivos, a possibilidade de curta permanência hospitalar (em média 24h) e um tempo mais curto para o retorno às atividades físicas e profissionais (em média 7 a 10 dias).

Pode-se dizer que, atualmente, a laparoscopia é fundamental para a abordagem da endometriose. Através dela se faz o diagnóstico, pela visualização e localização das lesões, e avalia-se a extensão da endometriose, classificando-a em leve, moderada ou acentuada; obtêm-se material para confirmação microscópica (exame anatomopatológico) das lesões suspeitas de endometriose e, por último, através da laparoscopia, realiza-se o tratamento da endometriose que, dependendo da classificação, pode ou não ser complementado com medicamentos (Viscomi, 1998).

Reserva-se a via laparotômica (abdômen aberto) para quando a via laparoscópica não for viável, especialmente em pacientes que apresentam várias cirurgias anteriores e que serão submetidas a cirurgia radical, como a histerectomia e a ooforectomia, retirada de útero e ovários respectivamente.

7.3 Tratamento Combinado

Existe ainda a possibilidade de se fazer um tratamento combinado ou *sandwich*, em que se procura associar o tratamento clínico com o cirúrgico. Atualmente, essa conduta parece ser a preferida, pois dificilmente se consegue alcançar os objetivos com uma opção isolada: o tratamento medicamentoso não remove aderências fibróticas e endometriomas e o cirúrgico nem sempre é completo, principalmente em relação aos pequenos focos.

A terapêutica medicamentosa prévia favorece a manipulação cirúrgica, pois reduz a vascularização e a reação inflamatória. Haverá, portanto, maior facilidade para dissecação, com diminuição do traumatismo sobre os tecidos.

Uma das vantagens da laparoscopia sobre outra técnica cirúrgica é permitir o tratamento já no momento do diagnóstico; além disso, reduz o tempo de anestesia, internação e recuperação. O tratamento laparoscópico visa a retirada, coagulação ou vaporização do tecido endometriótico ou aderências.

A terapêutica pós-cirúrgica está indicada para erradicar implantes residuais

em pacientes com doença extensa ou com implantes que não foram identificados durante a cirurgia, para diminuir a recorrência e favorecer o retorno da fertilidade. Em muitos casos, ainda se emprega técnicas de reprodução assistida.

As taxas de gestação variam de acordo com a técnica e o tipo de regime medicamentoso, como, também, com a severidade da doença. Na terapia combinada, as taxas de gestação e o resultado geral do tratamento parecem ser melhores do que com as diferentes técnicas isoladas.

Apesar do conhecimento que se tem hoje sobre a ação desses medicamentos, especialmente no que diz respeito à farmacodinâmica, o tratamento da endometriose continua sendo um grande desafio para a ciência médica, pois muitas vezes obtêm-se resultados terapêuticos adequados, porém não definitivos, e outras vezes pode-se acompanhar o reaparecimento da doença endometriótica em pacientes que conseguiram, por um determinado período de tempo, minimizar a sintomatologia que lhe era pertinente devido à endometriose. Esse é um dos motivos que faz da endometriose uma doença enigmática.

7.4 Tratamento Cirúrgico Radical

O tratamento radical consiste basicamente na retirada dos órgãos genitais internos, útero e, especialmente, ovários, além de todo tecido doente extragenital, com finalidade curativa da doença.

Levando em consideração que, todo o tratamento de endometriose consiste em preservar o futuro reprodutivo das mulheres, o tratamento radical só é adotado em situações especiais. Geralmente são mulheres sofridas, queixosas da dor que lhes aflige, aflitas em resolver o mal que sentem e as impedem de ter uma vida normal. Para tais mulheres, é preciso ter uma atenção especial e um carinho quase paternal, além de conhecimento médico adequado e sensibilidade para enfrentar e resolver o problema com a humanidade que se espera de um médico (Viscomi, 1998).

Existem algumas considerações especiais que devem ser observadas nas pacientes que se submetem a este tipo de tratamento. São fatores que estão interligados a radicalidade do tratamento, como a paridade (número de filhos), a

idade da paciente, a extensão da doença e as queixas, os tratamentos já realizados e as recidivas (reaparecimento da doença).

Não existem limites com relação à idade (essencialmente a idade reprodutiva). Uma mulher jovem, de 28 anos, porém com dois ou três filhos, pode ter indicação e aceitar a cirurgia radical, porém uma mulher de mais idade ou até uma mais jovem sem filhos pode ser tratada de maneira mais conservadora. É claro que, uma mulher mais velha porém sintomática aceitará muito bem uma cirurgia desta natureza, com possibilidade de aliviar seus sintomas e viver uma vida normal.

Independente de qualquer outro fator, a paridade pode ser talvez o mais importante para se indicar uma cirurgia radical. Uma mulher com sua família formada e com a segurança de não querer mais conceber, poderá ser submetida a este tipo de tratamento para solucionar suas queixas de dores pélvicas e evitar futuras intervenções cirúrgicas. Porém, uma mulher que sonha ainda em ser mãe, jamais aceitará uma cirurgia radical, podendo se submeter a técnicas de reprodução assistida.

Contudo, a extensão da doença também pode levar a uma cirurgia radical. Em uma etapa grave ou extensa da doença, pode ser difícil a conservação dos ovários, calculando-se os riscos de permanecerem fragmentos ovarianos, que passariam a estimular tecidos endometrióticos, recidivando a dor pélvica. Também deve ser levado em consideração o acometimento a outros órgãos da mulher como o intestino e sistema urinário.

7.5 Reprodução Assistida

Reprodução assistida é um nome genérico para determinar uma série de procedimentos que visam a aumentar a chance de gravidez em pacientes com infertilidade. Diante de uma paciente de endometriose que é desejosa de engravidar, a reprodução assistida é, além de uma grande ajuda para a concepção de seu bebê, uma forma de tratamento, pois a paciente ficará praticamente um ano sem menstruar e assim o tecido endometrial ectópico não será estimulado.

Quando se tenta colocar a endometriose como causa da infertilidade, freqüentemente é citado que 30-40% de pacientes com infertilidade têm endometriose e que, entre as pacientes de endometriose, 30-50% são inférteis (Aoki, 1998). É aconselhável esclarecer o que vem a ser considerado infertilidade. Infertilidade são os casos em que a mulher chega a engravidar, mas não consegue levar a gestação até o final. É diferente da esterilidade, que são os casos em que a paciente tem vida sexual normal, sem uso de contraceptivo (excluindo-se a possibilidade de infertilidade de seu parceiro) e, em um período que varia de doze a dezoito meses, não consegue engravidar.

A infertilidade causada pela endometriose pode, muitas vezes ser diagnosticada e entendida quando as alterações são anatômicas, isto é, quando ocorrem disfunções no processo normal de ovulação e captação do óvulo pela tuba uterina. Os cistos, quando presentes nos ovários e/ou nas tubas, podem causar interferência na ovulação, aderências tubo ovarianas que impedem a captação do óvulo e ainda, interferência no transporte do óvulo.

Há ainda os casos em que ocorrem interferências hormonais, a mulher aumenta a secreção de prostaglandina e tem duplo pico de LH; interferências no desenvolvimento da gestação, alterações na clivagem e desenvolvimento embrionário, ocasionando os abortos espontâneos e ainda, o que é mais comum, devido a dispareunia, há uma redução do número de coitos entre o casal.

Os procedimentos de reprodução assistida iniciaram-se na primeira metade do século XIX, com a técnica de Inseminação Artificial, que, naquela época, consistia basicamente na deposição do sêmen no colo do útero para que houvesse fertilização (Aoki, 1998). Porém, com o avanço da tecnologia, esta técnica foi substituída pela de Fertilização *in vitro* e a Transferência de Embriões. Esta, por sua vez, consiste no preparo da paciente com o uso de hormônios que, permitem o crescimento de vários óvulos em um mesmo ciclo. O monitoramento é feito através de ultra-sonografia até o momento que infere-se que o óvulo está maduro e pronto para ser fertilizado. Daí, é feita a retirada destes, habitualmente por via vaginal, guiada por um aparelho de ultra-som e sob efeito de anestesia que pode ser geral, peridural ou local.

Os óvulos retirados são levados para uma estufa com características (temperatura, pH, etc.) semelhantes ao organismo da mulher e, então são colocados em contato com os espermatozóides. Após um período de 24 horas, é gerado o embrião que, no intervalo máximo de 48 a 60 horas após a coleta, será transferido para o útero da paciente.

Nem todas as portadoras de endometriose apresentam quadro de infertilidade, mas, quando isso ocorrer, é importante lembrar que há inúmeros resultados satisfatórios para tratar a infertilidade. Todos os tratamentos, medicamentosos e/ou cirúrgico conservador, dependendo do grau da doença, apresentam possibilidades de uma futura gravidez. Porém, no caso de tentativas frustradas, sempre há a possibilidade de recorrer a técnica de reprodução assistida que, tem mostrado ótimos resultados e está trazendo, às pacientes portadoras de endometriose, melhores expectativas de gravidez.

8. Considerações Finais

As mulheres com endometriose experimentaram, por muito tempo, dores físicas e sofrimentos no plano emocional, o que é agravado pela sensação de isolamento que muitas enfrentam. Muitas mulheres no mundo todo sofreram sozinhas durante anos, quer porque a doença não é bastante conhecida ou diagnosticada, quer porque as mulheres foram educadas no sentido de não falar ou reclamar de problemas relacionados aos ciclos menstruais, à sexualidade ou à fertilidade.

É notável, nos últimos anos, o maior envolvimento dos médicos e pesquisadores em relação a esta doença. Isto é, no mínimo, mais um passo em direção ao reconhecimento de algo que por muito tempo viveu no anonimato. Tal mérito deve ser dado às milhares de mulheres que já sofreram e, ainda sofrem, mas não desistem de continuar lutando e levando informações sobre tal enfermidade, pois é sabido que só a divulgação pode dar a segurança de um diagnóstico certo e menos complicações para a vida da mulher.

É interessante lembrar que muitas pessoas acreditam que a cura de qualquer doença vem somente com o uso de medicações prescritas pelo médico. Porém, ao pensar assim, a paciente se livra de qualquer responsabilidade sobre sua saúde, pois as medicações agem no corpo e trazem uma melhora que funciona à medida que a agressão é detida, mas nem sempre é suficiente. É necessário que a mulher promova qualidade de vida, incluindo aspectos físicos, emocionais e espirituais, uma vez que a saúde é o resultado da interação entre corpo, mente e ambiente.

Nesse sentido, enfatizando o aspecto da nutrição, pode-se supor que a cura da endometriose pode estar associada a hábitos alimentares. A bioquímica celular é dependente do estado nutricional e este aspecto tem sido negligenciado em relação à endometriose. A nutrição também desempenha um papel vital no desenvolvimento de certas doenças, como câncer de mama, doenças cardiovasculares, artrite, etc. Talvez a endometriose tenha relação com alterações metabólicas, ou falência enzimática ou hormonal devido a má nutrição ou defeito genético. Vale ressaltar também que existe um mecanismo endócrino pelo qual as fêmeas de todas as espécies de mamíferos tornam-se inférteis se a reposição de alimentos for inadequada.

A correção de deficiências sub-clínicas de certos nutrientes, pode representar uma ajuda para a recuperação da fertilidade, da dor e da inflamação, por meios naturais. Uma nutrição balanceada também ajuda a estabilizar a função do sistema imune, o qual é, possivelmente, de vital importância para mulheres com endometriose. Certas vitaminas possuem propriedades analgésicas e anti-inflamatórias correspondentes àquelas apresentadas por drogas usadas em tratamentos convencionais, porém, sem evidenciar efeitos indesejáveis. Se a paciente tomar doses adequadas de vitaminas, minerais e ácidos graxos essenciais, é possível melhorar significativamente a resistência à dor. Muitas pesquisas ainda necessitam ser realizadas para que se possa comprovar a real eficiência desses nutrientes e assim reduzir o sofrimento das pacientes que desenvolvem dor crônica tornando-as debilitadas e limitadas em relação ao seu estilo de vida.

Sugere-se, portanto, um enfoque multidisciplinar para o tratamento da endometriose. A exemplo das doenças cujas pesquisas estão mais avançadas, a

interação com a medicina alternativa tem trazido resultados satisfatórios, além de reforçar a visão de que o ser humano é um sistema aberto e interdependente. O câncer é um exemplo, já que, atualmente, ele é encarado de forma diferente, pois os fatores psíquicos são vistos como de extrema importância. E é neste contexto, que a acupuntura, técnica chinesa milenar, tem ganhado seu espaço sendo, atualmente, reconhecida no meio científico e podendo, portanto, abrir um enorme campo de pesquisa no caso da endometriose.

9. Bibliografia

- Abdelmassih, R. 2000. *Endometriose*. Coletânea infertilidade. Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana. São Paulo.
- Abrão, M.S., Melo, P.V. 1998. O que é Endometriose. In: Mendonça, E. & Colaboradores. *Um Enigma Chamado Endometriose*. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte. p. 47-54.
- Aoki, T. 1998. Endometriose e infertilidade. In: Mendonça, E. & Colaboradores. *Um Enigma Chamado Endometriose*. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte. p. 137-150.
- Asch, R.H., Balmaceda, J.P., Elsworth, L.R. 1985. *A new treatment for infertility*. American Fertility Society. Wisconsin, USA.
- Associação Paulista de Medicina. 1997. *Endometriose*. Videoteca Científica. São Paulo.
- Candido, V.T.S. 1970. *Endometriose Cólica: Diagnóstico e Tratamento*. Tese de Doutorado. Universidade do Vale do Sapucí. Rio de Janeiro.
- Lenci, M.A. 1998. Classificação dos estágios de evolução da endometriose. In: Mendonça, E. & Colaboradores. *Um Enigma Chamado Endometriose*. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte. p. 73-80
- Lopes, R.G.C. 1998. Como diagnosticar a endometriose pélvica. In: Mendonça, E. & Colaboradores. *Um Enigma Chamado Endometriose*. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte. p. 63-72.

Lorençato, C., Navarro, M.J.V., Maia, C.A.T. 2001. *A importância do aspecto emocional no tratamento da Endometriose*. Ambulatório de Endometriose CAIM – UNICAMP. Campinas –SP.

Mendonça, E. 1998. *Abend passo a passo*. In: Mendonça, E. & Colaboradores. *Um Enigma Chamado Endometriose*. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte. p. 13-38.

Mendonça, E. 2001. *Histórico da Abend*. URL <http://www.abend.org.br>

Petracco, A., Badalotti, M., Michelon, G. Moretto, M. 1998. Tratamento da endometriose. In: Mendonça, E. & Colaboradores. *Um Enigma Chamado Endometriose*. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte. p. 81-88

Ramos, S. P. 2002. *Ação Integrada à Saúde da Mulher*. URL <http://www.gineco.com.br>

Tognotti, E., Loyelo, T. 1998. Quadro clínico da mulher portadora de endometriose. In: Mendonça, E. & Colaboradores. *Um Enigma Chamado Endometriose*. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte. p. 55-62.

Viscomi, F.A. 1998. Tratamento cirúrgico da endometriose. In: Mendonça, E. & Colaboradores. *Um Enigma Chamado Endometriose*. Livraria e Editora Health. Belo Horizonte. p. 89-100.

10. Anexo

Abend – Associação Brasileira de Endometriose

A Abend surgiu a partir das experiências positivas conquistadas pela Associação Internacional de Endometriose, com sede em Milwaukee, Wisconsin – EUA, criada em 1980, a qual, ao longo desses 21 anos ininterruptos de intenso trabalho conjunto de suas associadas e participantes voluntárias, tornou possível a concretização dos objetivos propostos por aquela entidade (Mendonça, 2001).

Seguindo ao lado dessa Associação, a Abend, que foi fundada em 24 de novembro de 1993, pretende desenvolver um projeto semelhante, entretanto adequado à realidade brasileira, que é bastante diferente da americana em seus aspectos econômicos, sociais e culturais.

A Presidente da Abend é Eleuze Mendonça que é Advogada, Geógrafa, Pedagoga e, como as milhares de mulheres que já ajudou fundando esta Associação, é portadora de Endometriose.

A Abend é uma entidade assistencial, sem fins lucrativos nem político-partidários ou religiosos. Não faz distinção quanto à origem, raça, sexo, idade ou qualquer outra forma de discriminação. Todas são muito bem aceitas!!!

Após uma análise, bastante minuciosa, foi possível agrupar os objetivos da forma que se segue:

A curto prazo - imediato

a) Divulgar esta doença ainda enigmática para a população em geral, como uma forma de educar, avaliar e entendê-la; a preocupação, desde que a Abend foi fundada, é a divulgação de informações sobre a doença. Sabe-se que se trata de um tema desconhecido pela grande maioria da população, aliás pouquíssimas pessoas, ou seja, mulheres que têm endometriose, sabem que ela existe, mas desconhecem o seu mecanismo, não sabem o que é endometriose. Dessa forma, a Abend estará atuando em duas áreas diferenciadas – a educativa e a preventiva -, mas que se convergem para um mesmo fim – o diagnóstico preciso.

- b) Buscar a melhoria das condições das portadoras de endometriose, defendendo, assim, seus interesses.
- c) Aproximar as portadoras de endometriose, através de encontros que procurarão apoiar, orientar, aconselhar e colaborar quanto à tomada de decisão em momentos que exigirão uma análise mais apurada dos fatos e das conseqüências futuras.
- d) Promover assistência médica, psicológica e outras, através de convênios com clínicas, laboratórios e outros serviços especializados, analisando novos tratamentos médicos e psicológicos.
- e) Manter entre as famílias o espírito de solidariedade e compreensão necessária ao apoio indispensável nos momentos de crise.
- f) Divulgar informações técnicas entre médicos e profissionais da saúde.
- g) Conscientizar autoridades educacionais de saúde e outros sobre os problemas e efeitos da endometriose e obter colaboração e apoio aos objetivos da Abend.

A médio prazo – mediato

- a) Incentivar, apoiar e auxiliar a formação de novas associações de igual objetivo em todo o país, dando prioridade às capitais de cada estado brasileiro.
- b) Promover, junto aos poderes públicos, a obtenção de medidas legislativas de proteção aos interesses das portadoras de endometriose.

A longo prazo

- a) estimular os estudos e pesquisas em clínicas especializadas, sociedades médicas e escolas de medicina, no sentido de promover amplo programa médico-científico no campo da endometriose, a fim de estabelecer o perfil dessa doença no país, implantar um campo de estágio em especialidades relativas ao seu tratamento, assim como analisar novos tratamentos.